ÜBER EINEN FALL

VON

DARMSTENOSE (ILEUS)

UND ACHSENDREHUNG DES DARMS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

GESAMMTEN MEDICIN,

UNTER DEM PRÄSIDIUM DES

HERRN PROFESSOR DR. BOLLINGER

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KÖNIGL. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT ZU MÜNCHEN

VORGELEGT VON

HERMANN HERZ,

APPROB. ARZT.

MÜNCHEN 1887.

DRUCK VON M. ERNST (VORM. G. POLLNER).

ÜBER EINEN FALL

VON

DARMSTENOSE (ILEUS)

UND ACHSENDREHUNG DES DARMS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

GESAMMTEN MEDICIN,

UNTER DEM PRÄSIDIUM DES

HERRN PROFESSOR DR. BOLLINGER

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KÖNIGL. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT ZU MÜNCHEN

VORGELEGT VON

HERMANN HERZ,

APPROB. ARZT.

MÜNCHEN 1887.

DRUCK VON M. ERNST (VORM. G. POLLNER).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548321_0052

Unter dem Namen Ileus, mit welchem die mehr oder weniger vollständige Undurchgänglichkeit eines Darmstückes bezeichnet wird, wird eine grosse Reihe pathologischer Prozesse zusammengefasst, welchen die verschiedensten anatomischen Veränderungen zu Grunde liegen, die aber am Krankenbette unter dem gemeinsamen Bilde, das durch die Folgen der aufgehobenen Regsamkeit des Darmes bedingt wird, erscheinen.

Ausser dem Namen Ileus ist diese sehr gefürchtete, meist Tod bringende Krankheit im Laufe der Zeit noch mit vielen anderen Bezeichnungen belegt worden, wie Enterostenosis, Miserere, Passio iliaca, Volvulus, Chordapsus, Darmwinde, Darmelend etc.

Noch reichhaltiger als die Namen sind die Erklärungen und Auslegungen der Ursachen, welche den Darmverschluss hervorbringen sollen.

Die Alten erblickten das Wesen des Ileus, wie Leichtenberg auseinandersetzt, einstimmig in einer Entzündung des Darms. Als Ursache der letzteren beschuldigt Hippocrates vorzugsweise die Flatus, Galen ausserdem die collecta materia in intestinis, die Abscessus in substantia intestinorum, die Obstructio stercoris aridi und den Skirrhus. Auch ein Ileus hernicosus wird angeführt. Die Folgen der Entzündung äussern sich dann in Stillstand der Peristaltik und unüberwindlicher Obstipation oder Umkehr der Peristaltik mit Erbrechen von Kot und Klystieren.

Auch das ganze Mittelalter hat in der Erkenntnis des Ileus absolut keinen Fortgang zu verzeichnen, verdunkelte die Sache vielmehr noch weiter durch die wunderbarsten Theorien.

Erst das Aufblühen der Anatomie im 16. Jahrhundert bringt neues Licht und eröffnet neue Gesichtspunkte zur Beurteilung der dem Ileus zu Grunde liegenden Störungen, so dass schon im 17. und jedenfalls bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts die meisten Arten von Darmverengung und -Verschliessung den Anatomen wohl bekannt waren. Die damaligen Aerzte jedoch machten sich diese Thatsachen schlecht zunutze; sie blieben mit zäher Beharrlichkeit auf dem althergebrachten Standpunkte stehen und sahen in den Veränderungen, welche die Anatomen am Darm nachwiesen, nur secundäre Erscheinungen, die sie sehr geschickt mit ihren Theorien zu vereinigen wussten. Damit war es aber noch nicht genug; es wurden in der alten Weise weitere sehr complicirte Hypothesen aufgestellt und die Zahl der Ileuserreger vergrössert. Man nannte noch einen Ileus verminosus und nervosus, daneben einen spasticus und andere mehr.

Nachdem jedoch die Wissenschaft mehr auf eigene Beobachtung und Erfahrung baute und den Glauben an die als unantastbar geltenden und stets nachgebeteten Sätze der Alten stark erschüttert hatte, konnte es auch nicht fehlen, dass das Wesen und die Ursachen des Ileus immer deutlicher und präciser klargelegt wurden, so dass jetzt der Begriff genau begrenzt und die Ursachen der Krankheit genau erkannt sind.

Was den Sitz der Verengerungen resp. Verschliessungen des Darmlumens angeht,

so kommen sie an jeder Stelle des Darmtractus zur Ausbildung. Hierdurch wird naturgemäss ein Hindernis für die Fortbewegung des Inhalts geschaffen. Ist vollständiger Darmverschluss eingetreten, so kann eine Defäcation nicht mehr stattfinden; die Fäcalmassen stauen sich im Darm und werden zum Teil auch erbrochen. Das Leben ist unmöglich, wenn die Stenose nicht rechtzeitig gehoben wird.

Die Ursachen, welche Verengerungen und Verschluss des Darmes hervorrufen, sind kurz folgende:

A. Abnormitäten des Darminhaltes.

Dahin zählen:

1. Excessive Kotanhäufung. Diese Form der Darmverschliessung ist die häufigste und kann unter den verschiedensten Umständen, welche eine Abschwächung der peristaltischen Darmbewegungen bewirken, zu Stande kommen. Da hierbei häufig eine Parese der Darmmuskulatur als erste Ursache angesehen wurde, so hat man das schliesslich eintretende Koterbrechen als „Ileus paralyticus“ bezeichnet.
2. Darmsteine.

   Diese müssen natürlich genügend gross sein, um das Lumen des Darmrohres verstopfen zu können. Dazu gehören z. B.

   a) Gallensteine.
   b) verschluckte Obststeine, Fruchtkerne, Leguminosenhülsen. (Legg konnte sogar reichlich verschluckte Kirschkerne fühlen und percutiren)
   c) andere verschluckte Fremdkörper, die sich an irgend einer Stelle einkeilen.

d) zusammengeballte Darmwürmer. Manche jedoch erblicken hierin kein Hindernis zur Kotentleerung.

B. Anatomische Veränderungen der Darmwand.

Als solche sind zu nennen:

1. Narbige Stricturen, welche hervorgerufen sind durch
   a) dysenterische
   b) syphilitische und
   c) tuberculöse Darmgeschwüre.
2. Geschwülste an der Innenwand des Darms und zwar Carcinome, Lipome und Polypen.

C. Anormale Lageveränderung des Darms.

Diese kann sehr verschiedener Natur sein. Wir unterscheiden dabei:

1. Darmeinklemmung, die dadurch zu Stande kommt, dass äussere oder innere Hernien eingeklemmt werden. Die Namen Hernia duodenojejunalis, retroperitonealis, bursae omentalis, intersigmoidea, subcoecalis, diaphragmatica bezeichnen hinlänglich den Sitz der Hernien, denen auch noch solche in abnorme Spalten und Lücken im Netz oder im Mesenterium zur Seite stehen. Auch abnorme Fäden, Membranen und Pseudoligamente, die Residuen einer abgelaufenen Peritonitis sind häufiger Ursache von Darmeinklemmungen.
2. Achsendrehung und Knotenbildung des Darms. Die Drehung geschieht um die Mesenterialaxe, wodurch die völlige Abschnürung eines Darmstückes bewirkt wird. Zuweilen schlingen

sich dann um den Stiel der gedrehten Darmschlinge andere Darmstücke, so dass es zur Bildung förmlicher Knoten kommt.

3. Invaginationen des Darms. Diese haben ihren Ursprung darin, dass sich ein Darmabschnitt in die Höhlung des zunächst tiefer gelegenen Darmstücks einstülpt.

D. Compression des Darms

von aussen durch Uterustumore, Ovarialcysten, Beckenabscesse, Netzgeschwülste u. s. w.

Bei jeder Darmverschliessung nun, aus welcher Ursache dieselbe auch entstanden sein mag, können mehrere ganz gleiche pathologisch-anatomische Veränderungen vorkommen. Oberhalb der verengten Stelle ist der Darm meist in hohem Grade durch Gas und angehäufte Fäcalmassen aufgetrieben. Die ganze Darmwand ist hier entzündet und verdünnt und reisst leicht an irgend einer Stelle ein, wodurch von dem jauchigen Darminhalt etwas in die Bauchhöhle gelangt und der Eintritt einer intensiven eitrigen resp. jauchigen Peritonitis ist unvermeidlich. Unterhalb der verengten Stelle zeigt sich der Darm im Gegensatze eng, contrahirt und leer.

In Bezug auf die klinischen Erscheinungen müssen die Fälle mit raschem vollständigem Verschluss des Darmes von denjenigen unterschieden werden, bei denen eine allmählige Entwickelung des Zustandes stattfindet und mithin, wenigstens eine Zeit lang, bloss eine Verengerung besteht.

Das gewöhnlich zuerst auftretende Symptom der Darmverengerungen, welche durch Narbenstric-

turen und Neubildungen, durch teilweise Verstopfung des Darmlumens, durch Invagination u. a. zu Stande kommen, sind Störungen in der Stuhlentleerung. In einigen Fällen fehlt jedoch die Verstopfung und sogar beständige Durchfälle treten auf. Die objective Untersuchung des Abdomens lässt den Leib durch Meteorismus, der jedoch in seiner Stärke zu verschiedenen Zeiten wechselnd ist, oberhalb der verengten Stelle aufgetrieben erscheinen. Häufig sind starke peristaltische Darmbewegungen durch die Bauchdecken hindurch deutlich sichtbar. Die Patienten leiden viel an Aufstossen und zuweilen auch an Erbrechen.

Die Dauer dieser Erscheinungen ist je nach der Art des Grundleidens verschieden. Entweder allmählig oder zuweilen auch ziemlich plötzlich gehen die Symptome der Darmverengerung in die Erscheinungen des Darmverschlusses über. Hiermit entwickelt sich dasselbe Krankheitsbild, welches bei allen acuten inneren Einklemmungen beobachtet wird.

Die Symptome der Darmverschliessung gehören zu den schwersten und schrecklichsten Zuständen, welche die Pathologie kennt. Das Allgemeinbefinden der Kranken verschlechtert sich zusehends und alle Zeichen des allgemeinen Collapses entwickeln sich rasch. Die Körpertemperatur ist meistens herabgesetzt, der Leib stark meteoristisch aufgetrieben und auf Druck gewöhnlich sehr schmerzhaft. Die Stuhlentleerung und das Entweichen von Flatus haben ganz aufgehört.

Am meisten charakteristisch für den Darmverschluss ist das sogenannte Koterbrechen. Häufiges Aufstossen war schon früher da.

Der Verlauf der Darmverschliessung ist nach der jedesmaligen Ursache verschieden. Manchmal tritt der Tod schon nach 1—2 Tagen ein, gewöhnlich erfolgt er nach ungefähr einer Woche.

Heilung kann auch noch nach den schwersten Erscheinungen eintreten, ist jedoch selten.

Nach diesen allgemeinen Erörterungen sei es mir gestattet, einen Fall von Darmstenose und Achsendrehung des Darms näher auszuführen und zu beschreiben, der in der Klinik für innere Krankheiten des Münchener Krankenhauses in der Abteilung des Herrn Prof. Bauer beobachtet und behandelt wurde. Der Fall verdient auch deshalb besonderes Interesse, weil er intra vitam vollständig genau und präcise diagnosticirt wurde, wie hernach Operation und Section bewiesen haben.

In Betreff dieses Falles erfahren wir durch die Krankengeschichte Folgendes:

Trübi Berthold, 22 Jahre alt, Maler aus München, trat ins Krankenhaus am 14. Februar 1887.

Er stammt aus gesunder Familie; der Vater lebt im besten Wohlsein, Mutter starb im Puerperium; Geschwister sind gesund.

In seiner Kindheit ist er stets frei von Krankheiten gewesen. In seinem sechzehnten Jahre hat er eine Peritonitis durchgemacht und im zwanzigsten an Typhus gelitten.

Jetzt klagt Patient über vollständige Appetitlosigkeit, häufigeres Erbrechen und Schmerzen im Unterleib; er selbst glaubt, sich am verflossenen Samstag, 12. Februar, durch eine zu heiss genossene Speise ver-

dorben zu haben. Neigung zu Obstipation ist nicht vorhanden.

Die Untersuchung ergiebt folgenden Status praesens.

Der Körperbau des Patienten ist stark und kräftig, die Hautfarbe frisch und gesund. Die Zunge zeigt geringen Belag. Die Lippen sind trocken. Durch die Temperaturmessung wird geringer Fiebergrad constatirt.

Der Thorax ist sehr gut gebaut und liefert überall normalen Percussionsschall. Die Atmung ist vorn wie hinten vesiculär. Die Herzdämpfung hat geringe Ausdehnung; der Spitzenstoss ist nicht fühlbar. Die Töne sind rein, zweiter Ton jedoch stark accentuirt. Der Puls erweist sich als normal und sehr kräftig.

Die Leber ist in ihrer Dämpfung nicht verändert, auch auf Druck nicht empfindlich. Das Abdomen ist etwas gespannt und im Hypogastrium ziemlich druckempfindlich.

Die Milz ist nicht vergrössert. Sputum nicht vorhanden. Urin eiweissfrei.

Es finden an diesem Tage drei Stuhlentleerungen statt. Die Temperatur beträgt 37,7° C.

15. II. 87. Die verflossene Nacht war für den Patienten sehr schlecht und unruhig, da er von Aufstossen und heftigen Leibschmerzen geplagt wurde. An diesem Tage erfolgt kein Stuhl. Die Temperaturen betragen 36,9° und 38,0° C. Auch am folgenden Tage

16. II. 87. bessert sich das Befinden des Patienten nicht. Er hat an sehr heftigen Schmerzen im Unterleib zu leiden, jedoch erfolgt wieder ein Stuhlgang. Temperaturen sind 36,8° und 38,5° C.

17. II. 87. Gestern Nacht trat Erbrechen stark fäculent riechender Massen auf. Das subjective Verhalten des Patienten ist nicht verändert. Die Untersuchung lässt das Abdomen als hart und gespannt erkennen. Es besteht beträchtlicher Meteorismus mit Hochstand des Zwerchfells. Fast das ganze abhängige Abdomen ist gedämpft. Die Dämpfungsgrenzen werden bei Lagewechsel nicht verschoben; dieselben verlaufen auch nicht geradlinig, sondern zickzackförmig. Die Extremitäten fühlen sich kühl an. Die Temperaturen sind sehr niedrig: 36,8° — 36,8° — (6) 36,5° — (10) 36,2° C. Der Puls ist klein, 116 pro min. Der Harn ist leicht eiweissshaltig; die Indicanprobe giebt positives Resultat. Das spec. Gewicht beträgt 1034, die Menge 400 cbcm; er zeigt eine rotgelbe Farbe und Phenolgehalt.

18. II. 87. Nachts um 2 Uhr steigt das Thermometer nur noch bis 35,0°, um 6 Uhr bis 35,5° C; es bestehen den ganzen Tag über subnormale Temperaturen.

Heute Morgens leidet Patient an starkem Aufstossen. An Stelle des gestern gedämpften Schalls über dem Abdomen ist heute teilweise tympanitischer Schall getreten. Das Zwergfell hat seine Lage mehr nach unten hin verändert. Der Puls hat sich etwas gehoben, ist wieder kräftiger als gestern, aber immer noch sehr beschleunigt, 124 in der Minute. Das Erbrechen kotiger Massen dauert fort. Winde gehen nicht ab.

Als **Diagnose** war aufgestellt worden:

Verschluss einer Dünndarmschlinge, möglicherweise durch eine bei Gelegenheit der vor 6 Jahren constatirten Peritonitis entstandene Bindegewebsspange.

Da die Behandlung mit Einläufen und Opium ohne jeden Erfolg war, wurde dem Patienten die chirurgische Weiterbehandlung angeraten, die derselbe auch acceptirt.

Bevor wir jedoch die chirurgische Operation und den weiteren Verlauf der Krankheit betrachten, wollen wir etwas näher auf die einzelnen erwähnten Krankheitsmomente eingehen.

Die Unterleibsbeschwerden des Patienten entwickeln sich allmählig nicht ganz plötzlich; der Darm ist nicht gleich zu Anfang undurchgängig geworden. Es finden sogar mehr Stuhlentleerungen als gewöhnlich statt. Dann verschlimmert sich der Zustand rasch, es zeigt sich Obstipation und auch der noch einmal erfolgende Stuhlgang führt keine Besserung herbei, denn bald steht die Sache schlimmer als zuvor: es stellt sich bei allgemeinem Kräftezerfall noch Koterbrechen ein.

In den ersten drei Tagen ist das Befinden des Patienten noch einigermassen gut; es ist noch kein bestimmtes Anzeichen, das auf das Eintreten von Darmverschluss sicher deutete, vorhanden, obwohl sich der Darm in einem gewissen Entzündungsstadium und wahrscheinlich auch nicht mehr in der richtigen Lage befunden haben muss.

Nachdem jedoch am vierten Tage Erbrechen stark riechender Massen sich eingestellt hatte, der Stuhlgang vollständig stockte und die Temperaturgrade subnormal waren, konnte wohl kaum ein Zweifel obliegen, dass der Darm seine Durchgängigkeit eingebüsst habe. Jetzt fragte es sich aber, an welcher Stelle der Sitz der Stenose sei. Aus der Dämpfung des Schalls an dem ganzen unteren Teil des Abdomens liess sich er-

sehen, dass sich die kranke Stelle im oberen Teile des Darmes befinden muss. Es ist jedoch noch ein anderes Merkmal vorhanden, das uns erlaubt, Schlüsse inbetreff des Sitzes der Stenose su ziehen und zwar der vermehrte Gehalt des Harnes an Indican und Phenol. In dem oberhalb der Stenose stagnirenden Darminhalt entstehen nämlich durch die Fäulniss der Eiweisskörper neben anderen Fäulnisproducten auch reichliche Mengen von Indol und Phenol, welche zum Teil resorbirt und mit dem Harn ausgeschieden werden. Bei Dickdarm-Stenosen fehlt dagegen die Vermehrung des Indicans im Harne, weil fäulnisfähige Eiweisskörper im Dickdarminhalte nicht mehr in einer hierzu genügenden Menge vorhanden sind.

Hieraus war zu entnehmen, dass sich die Stenose im Dünndarm finden müsse.

Auf die Ursache des Verschlusses kommen wir noch weiter unten zu sprechen, verfolgen wir erst den Krankheitsprocess weiter.

Herr Geheimrat v. Nussbaum nimmt noch an demselben Tage die Laparotomie vor. Nach Eröffnung der Bauchdecke bietet sich folgendes Bild dar. Eine vorliegende Dünndarmschlinge ist durch eine Bindegewebsspange mit der Spina anterior inferior ossis ilei fest verbunden, der Darm ist sehr geschwellt und hat an dieser Stelle eine Achsendrehung erfahren. Dabei ist es jedoch nicht geblieben, sondern die Schlinge hat sich noch über die Spange hingelegt, so dass sie auch noch von dieser Seite her comprimirt wurde. Durch die Unterbindung und Loslösung der Bindegewebsspange wurde ja nun das eine Hinderniss gehoben, das gedrehte Darmstück jedoch war an und für sich

so entzündlich geschwellt und rigide, dass es nicht recht in der normalen Lage verharren wollte. Ausserdem wurde noch eine andere Bindegewebsspange durchtrennt, die aber keinen directen Anteil an dem Darmverschluss hatte.

Der collapsähnliche Zustand des Patienten erfuhr jedoch keine Besserung mehr; am nächsten Morgen trat der Exitus letalis ein.

Sehen wir weiter zu, welche Aufschlüsse die im pathologischen Institute 22 Stunden nach dem Tode vorgenommene Section giebt.

In dem Sectionsbericht*) heisst es:

Trübi, Berthold, Maler aus München. Kräftig gebaute männliche Leiche; reichliche Totenflecke vorhanden. Die Totenstarre ist gelöst.

In der Medianlinie des Bauches befindet sich eine 13 cm lange durch Catgutnähte vereinigte Schnittwunde. Die Wundränder sind stark blutig infiltrirt, z. T. verklebt. Eine Darmschlinge ist an der Wundstelle mit dem Saume der Bauchwand verklebt.

Das Fettpolster ist gering, die Muskulatur kräftig, aber trocken. In der Umgebung der Wunde zeigt die Serosa starke Injection, sie erscheint sammtartig rauh und mit feinstem Fibrinbelag bedeckt.

Die vorliegende Darmschlinge ist ausserordentlich stark injicirt, geschwellt und mit der Nachbarschaft verklebt. An dem convexen Rande findet sich eine mit Catgutligatur unterbundene Bindegewebsspange, der eine ebensolche an der Spina anterior inferior dextra ossis ilei entspricht.

Eine zweite Dünndarmschlinge ist durch

*) Sections-Journal des pathologischen Instituts Nr. 102. 1887.

ziemlich kurzes Bindegewebe oberhalb dieser Stelle angelötet, ebenso eine dritte mit einer ca. 1 cm breiten Spange in der Gegend des Rippenbogens.

Etwa in der Mitte des ganzen Dünndarms ist der Darm etwa zur Hälfte um seine Achse gedreht, der oberhalb der Drehung befindliche Teil stark aufgebläht, der unterhalb befindliche stark collabirt.

An dem zunächst oberhalb der Achsendrehung gelegenen Darmabschnitte ist die Serosa stark injicirt, getrübt und mit fibrinösem Belag bedeckt. Etwa 6 cm unterhalb der Drehung befindet sich eine ebenfalls unterbundene bindegewebige Spange an der Convexität des Darms.

Die Leber zeigt an ihrer convexen Fläche und unteren Rande zahlreiche zarte Spangen mit der Nachbarschaft. Sie ist sammt dem Zwergfell nach oben gedrängt.

Herz und Lunge weisen keine besonderen Erscheinungen auf.

Auch die Milz ist an mehreren Stellen innig verwachsen und zwar mit dem Zwergfell und dem Magen.

Im Magen findet sich eine grosse Menge braunen kotig riechenden Inhalts. Die Schleimhaut ist blass, an einzelnen Stellen capillär injicirt; im Fundus starke Falten.

Oberhalb der Umschlingung ist der Dünndarm prall gefüllt mit gelbem flüssigem Kot.

Das Endteil des Ileum birgt keinen Inhalt, ebenso nicht das Coecum. Im Colon ist die Schleimhaut grau verfärbt, im Ileum dagegen dunkel injicirt, Placques und Follikel geschwellt.

Dies erfahren wir aus dem Sectionsbericht, soweit er auf den vorliegenden Fall Bezug hat.

Wie mannigfach sind nicht da die Veränderungen, welche die vorangegangene Peritonitis zurückgelassen hat! Allenthalben finden sich Bindegewebsneubildungen, teils als starke Stränge, teils in der Form von zarten Fäden, welche alle Gebilde der Leibeshöhle in ihr Netz gezogen haben. Leber, Milz, Magen und vor allen Dingen der Darm sind hauptsächlich daran beteiligt. Bei solchen Befunden ist es leicht erklärlich, wie die Darmstenose sich entwickelte, ja man kann sagen, dass sie sich im Laufe der Zeit notwendig einmal entwickeln musste.

Sie ist nicht ganz rapide, sondern mehr allmählig eingetreten. Das hat seinen Grund darin, dass die schon länger bestehende Bindegewebsspange sich mehr verkürzte; der Darm wird aus seiner richtigen Lage gebracht, zugleich aber auch sehr gereizt. Der Reizzustand nimmt zu und macht den Darm anschwellen, wodurch natürlich die Compression nur intensiver und die Lage des Darms incorrecter wird und schliesslich der vollständige Verschluss zur Ausbildung kommt.

Die übrigen Erscheinungen stellten sich dann in der Weise ein, wie sie gewöhnlich zur Beobachtung kommen.

Der Tod erfolgte hier, wie in so vielen anderen Fällen durch allgemeinen Collaps.

An diesen Bericht mögen sich noch etliche ähnliche Fälle aus der Literatur kurz anschliessen.

Einen ebenfalls durch eine bindegewebige Spange bedingten Fall von Ileus erzählt Dr. Gless im Jahres-

bericht über die innere Abt. des Katharinenhosp. zu Stuttgart (Würtb. Corr.-Bl. 2—5. 1850).

»In einem tötlich abgelaufenen Falle von innerer Darmeinklemmung fand man bei der Section eine etwa 2′ lange Darmschlinge vom unteren Teile des Ileum mit ihrem Gekröse spiralförmig gedreht und mit einem fadendünnen, aber sehr derben und straffen, an dem Gekröse angewachsenen Bande fest zusammengeschnürt. Die Fortsetzung dieses einschnürenden Stranges verlief als etwas breiteres straff angespanntes Band bis an den Grund der Gebärmutter, wo sich auch noch andere Verwachsungen derselben mit benachbarten Därmen vorfanden. Ausserdem waren noch durch alte Verwachsungen das unterste Ende des Dünndarms sammt dem Anfange des Dickdarms zu einem unlösbaren, aber keine weitere Einschnürung bedingenden Knäuel verbunden.«

Als eine nicht alltägliche Ursache eines Ileus wird von Dr. Koschny in Caspers Wochenschrift 1844, Nr. 4. angeführt, dass sich bei einem Kutscher durch verschiedentliches Herabspringen vom Wagen beim Aufladen von Klee das Ileum da, wo es ins Coecum übergeht, um seine Achse gedreht habe. Der Tod erfolgte hierbei nach 15 Tagen.

Verschiedene Fälle über Darmeinschnürung durch Falten des Gekröses, die sich gespannt hatten, beschreibt Dr. J. Coronel in dem Nederl. Weekbl. von Geneesk 1856, die in überreichlichem Genuss von Brod ihren Ursprung hatten. Sie verliefen auch tötlich.

Ueber Intussusception hat Dr. F. Betz in Heilbronn verschiedene Abhandlungen geschrieben. (Memor. a. d. Praxis II 23 und 24 1857.)

Wie mannigfaltig die Verwachsungen sein können, welche einen Darmverschluss herbeiführen, zeigt ein Fall von Ileus, der durch Verwachsung des Ileum mit der Harnblase bedingt wurde (von Prof. Brugnoli, Presse méd. 37. 1858.)

Bei der Section fand sich hier drei Zoll von der Ileocoecalklappe entfernt eine feste Verwachsung des Ileum mit dem Scheitel der Harnblase, welche leer war und den Dünndarm sammt dem Coecum nach sich gezogen hatte, so dass letzteres einen breiten Strang bildete, dessen Wandungen dicht aneinander lagen.

Einen Fall von Achsendrehung am unteren Ende des Dünndarms mit Verschluss bei einem neugeborenen Mädchen, welcher auch durch Verwachsungen bedingt war, erzählt Prof. C. Streubel.

Ueber weitere Fälle von Ileus, teils hervorgerufen durch Darmknickung infolge alter Adhäsionen, teils durch Achsendrehung und Verschlingung der Eingeweide berichten Dr. Dürr (Würt. Corr. Bl. 35, 1859) und Dr. Bunzel (Oestr. Ztschr. f. pract. Heilk. V. 31.)

Beiträge zur Darmverstopfung durch Fremdkörper liefern Dr. W. H. Pilcher (Lancet I. 23; June 1866), wo Nägel und Steine in selbstmörderischer Absicht verschluckt wurden; Dr. A. H. v. Andel (Nederl. Tydschr. 2. Afd. 1. Aflev p. 53. 1866); Dr. Max Huppert (Arch. d. Heilk. VI. 4. p. 382. 1865) und Dr. L. Teft (Hospitals-Tidende N. 5 1866). Ein Fall darunter ist von grossem Interesse, bei welchem nach Verschlucken einer Gabel Heilung eintrat.

Bedeutendere Arbeiten über den Ileus sind ausserdem von Prof. Pirogoff, Dr. Spörer, Dr. Albrecht, Dr. Levy und Anderen vorhanden, nament-

lich schreibt der schon oben erwähnte Dr. Leichtenberg in v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie sehr ausführlich über den Ileus.

Unter den vielen Fällen jedoch, welche angeführt werden, finden sich nur verhältnismässig sehr wenige Heilungen. Immer wird diese Krankheit eine der gefährlichsten und gefürchtetsten bleiben, deren Schrecken auch durch den jetzigen glänzenden Stand der Chirurgie nicht vermindert werden kann.

Herrn Prof. Bollinger, Herrn Geheimrat v. Nussbaum und Herrn Prof. Bauer spreche ich an dieser Stelle meinen besten Dank aus für die gütige Ueberlassung des oben geschilderten Krankheitsfalles.